

תאריך \_\_\_\_\_

### כתב ויתור סודיות

אני מרשה בזה ל \_\_\_\_\_ למסור / לבקש כל מידע הקשור  
במצבי הבריאותי – תפקודי – נפשי , והטיפול שניתן לי ותוצאותיו או כל מידע אחר  
שיידרש ל \_\_\_\_\_.

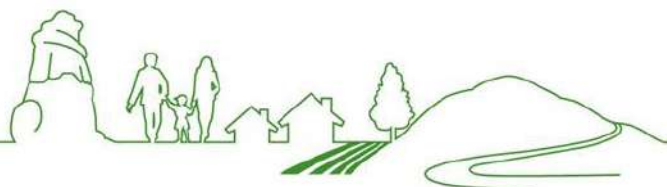
אני מאשר/ת בזה שהוסבר לי במפורש על מה אני חותם/ת, לאיזה מטרות ישמש טופס  
זה.

שם \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_



חברה וקהילה  
מועצה אזורית הגליל העליון, ד.ב גליל עליון 12100  
טל': 04-6816427 / פקס: 04-6816421  
אתר: [www.galil-elion.org.il](http://www.galil-elion.org.il) / דוא"ל: [kehila@galil-elion.org.il](mailto:kehila@galil-elion.org.il)

**הגליל העליון אופי של מקום**